
	Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet a Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91. Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.	
	Szemészet Osztály Osztályvezető: Dr. Imre László Tel: [36-1] 432-7714 www.bajcsy.hu Fax: [36-1] 432-7714	

**SZEMFENÉKI ÉRFESTÉSES VIZSGÁLAT
(FLUORESZEIN ANGIOGÁFIA ÉS INDOCYANIN ZÖLD ANGIOGRÁFIA)**

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a szemfenéki érfestéses vizsgálat (fluoreszein angiográfia, rövidítve FLAG, indocyanin zöld (ICG) angiográfia) elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás. A Szemészeti Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, úgy és olyan mélységig, mely megítélése szerint szükséges, Ön által érthető, állapotának megfelelő, lehetőséget adva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

Beteg neve..... **TAJ:** – –

Születési idő: . .

1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

A fenti beavatkozás a szemfenék egyes kóros állapotaiban olyan információkat adhat, amik a szemfenék egyéb vizsgálmódszereivel nyert információkat kiegészítik. Erre több betegség esetén szükség lehet: pld. cukorbetegség okozta szemfenéki elváltozások, időskori látóhártya elfajulás, szemfenéki keringési zavarok, szemfenéki anyajegyek és daganatok.

2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A fenti beavatkozás lényege: a könyökvénába beadott fluoreszein vagy indocyanin zöld oldat a keringéssel eljut a szemhez és ott megfelelő fényképezési technikával megjeleníthető.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

Ezzel a vizsgálattal lehetőség van olyan elváltozások, folyamatok kimutatására, amelyek egyéb módon nem lennének vizsgálhatók.

4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

4.1. A beavatkozás közben fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

A beavatkozás során és az azt követő időszakban szövődmény léphet fel, amelyek az Ön esetében a következők lehetnek: átmeneti hányinger (~5 %), hányás (~2 %), a kontrasztanyag beadási helyénél vénás gyulladás, allergiás reakció (~ 0,5%) különböző súlyossági formái, amely enyhe bőrvizketéstől és kiütéstől kezdve a gégeviznyőn(~0,2%) keresztül akár a keringés leállásáig is vezethet. Ezek a szövődmények ritkák (1-6%, átlagosan 1,8%), és ha fel is lépnek, ez esetek többségében nem súlyosak, megfelelő kezeléssel legyőzhetőek. Lehetnek azonban súlyosak, életveszélyesek is, és akár halálhoz is vezethetnek.

4.2. A beavatkozás után fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

A beavatkozást követően természetes, hogy a bőr (esetleg a szemfehérje is), és a vizelet is átmenetileg sárgásan elszíneződik. A pupilla kitágítása miatt átmenetileg homályos a látás.

A kontrasztanyag beadási helyénél vénás gyulladás alakulhat ki. Allergiás reakció különböző súlyossági formái a vizsgálat után is felléphetnek, amelyek enyhe bőrvizketéstől és kiütéstől kezdve a gégevizenyőn keresztül akár a keringés leállításáig is vezethetnek.

A pupilla (szembogár) kitágítás következtében átmenetileg megemelkedhet a szemnyomás. Ritkán ez tartósan megmarad, a szembogár nem szűkül vissza a kezelést követő néhány órán belül, szemfájdalom, szem környéki fájdalom, fejfájás jelentkezhet (< 1%). Ilyen esetben haladéktalanul jelentkezzen Osztályunkon!

5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

5.1. A beavatkozás előtti történések

A pupilla (szembogár) kitágítása szemcseppel. Véna biztosítása a karban.

5.2. A beavatkozás utáni történések

A vizsgálat után átmeneti megfigyelés szükséges.

5.3. Életmódbeli változások a beavatkozás után, várható következmények

A beavatkozást követően természetes, hogy a bőr (esetleg a szemfehérje is), és a vizelet is átmenetileg sárgásan elszíneződik. A pupilla kitágítása miatt átmenetileg homályos a látás.

6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Amennyiben a vizsgálat elmarad, a vizsgálat kockázatai ugyan elkerüli, de olyan elváltozások rejtve maradhatnak, amelyek egyéb módon nem lennének kideríthetők.

7./ A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

A szemfenék bizonyos kóros elváltozásai esetén más módszerrel is nyerhetők kiegészítő információk a szemfenék vizsgálathoz képest, ezek azonban nem ugyanazok, mint amiket a fluoreszcein angiográfia vagy indocyanin zöld angiográfia (érfestéses szemfenék vizsgálat) közvetít nekünk.

8./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam.

Az orvos kiegészítése:

.....
.....
.....

Budapest, év hó nap óra perc

.....

9./ BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok.

Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséget eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a feljánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, év hó nap óra perc

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

10./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, év hó nap óra perc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó
aláírása

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: